

urinary incontinence. J Urol 2005.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.098

CO30-007-FR

Évaluation de la fonction sexuelle et capacité orgasmique de la femme blessée médullaire

F. Courtois^{a,*}, K. Charvier^b, J.G. Vézina^c, I. Côté^c, M. Boulet^c, G. Jacquemin^d

^a Sexologie, université du Québec à Montréal, C.P. 8888, succursale Centre-ville, H3C 3P8 Montréal, Canada

^b Hospices civils de Lyon, Saint-Génis, Laval, France

^c Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, Québec, Canada

^d Institut de réadaptation de Montréal, Montréal, Canada

*Auteur correspondant.

Mots clés : Orgasme ; Vibromasseur ; Lésions médullaires ; Midodrine (gutron)

Suite à nos études chez l'homme, nous avons adapté notre protocole de prise en charge de la fonction sexuelle à la femme blessée médullaire. Cette prise en charge implique une évaluation initiale de la sensibilité périnéale pour permettre aux femmes de se faire une nouvelle image mentale de leurs organes génitaux, suivie d'une évaluation de la réponse sexuelle naturelle, ou à la suite d'une stimulation au vibromasseur, ou à la suite d'une stimulation au vibromasseur associée à du midodrine (5–20 mg). Les résultats montrent que l'évaluation de la sensibilité périnéale aide 85 % des patientes et que 79 % peuvent atteindre l'orgasme par divers modes de stimulation. Les variations de la tension artérielle durant la stimulation à l'orgasme passent pour la tension systolique de 91 mmHg au repos à 145 mmHg au moment de l'orgasme à 103 mmHg en fin de test. La tension diastolique varie de 49 mmHg au repos à 82 mmHg au moment de l'orgasme à 68 mmHg en fin de test, et le rythme cardiaque de 68 bat/min à 75 bat/min à 72 bat/min. Les sensations décrites comportent 6,4 réactions cardiovasculaires perçues au moment de l'orgasme comparées à 2,6 durant la stimulation sexuelle sans orgasme, 11,4 contractions musculaires perçues au moment de l'orgasme comparées à 7 sans orgasme, 10 réactions autonomes perçues à l'orgasme comparées à 2,6 sans orgasme et 1,4 réactions dysréflexiques perçues à l'orgasme comparées contre 0,6 sans orgasme. Ces données sont comparables à celles de l'homme BM et valident le modèle neurophysiologique de prise en charge de la fonction sexuelle des patients BM (Financé par le GENULF).

References

- Courtois et al. Perceived physiological and orgasmic sensations at ejaculation in spinal cord injured men. J Sex Med 2008;5(10):2419–2430.
- Alexander M, Rosen RC. Spinal cord injuries and orgasm: a review. J Sex Marital Ther 2008;34(4):308–24.
- Sipski LM, Alexander CJ, Rosen R. Sexual arousal and orgasm in women: effects of spinal cord injury. Ann Neurol 2001;49:35–44.
- Whipple B, Komisaruk BR. Brain (PETG) responses to vaginal-cervical self-stimulation in women with complete spinal cord injury: preliminary findings. J Sex Marital Ther 2002;28:79–86.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.099

CO30-008-FR

Éjaculation par vibromassage à propos de 202 blessés médullaires

J.-M. Soler^{a,*}, J.G. Previnaire^b, G. Robain^c

^a Centre Bouffard-Vercelli, MPR, 66290 Cerbère, France

^b Centre Calve, Fondation Opale, Berq-sur-Mer, France

^c Service MPR, hôpital Rothschild, Paris, France

*Auteur correspondant.

Mots clés : Vibromassage ; Blessés médullaires ; Éjaculation

Introduction.— L'objectif de notre étude prospective est d'évaluer la prévalence de l'éjaculation chez le blessé médullaire par vibromassage en fonction des

mictionnel et de la durée d'évolution depuis le traumatisme.

Patients et méthodes.— Notre étude concerne 202 blessés médullaires hospitalisés de janvier 2007 à 2009 présentant tous une anéjaculation. Tous les patients ont un bilan neurologique, un score Asia, un recueil des traitements pharmacologiques associés à leur mode mictionnel. Ils ont tous une ou plusieurs séances de vibromassage avec recueil de sperme et recherche systématique de spermatozoïdes dans les urines.

Résultats.— 202 blessés médullaires hospitalisés : 87 lésions cervicales, 87 lésions thoraciques et 28 lésions lombosacrées. 158 ont un score Asia A, 28 un périnée à fonctionnement de type périphérique, 125 réalisent des sondages intermittents. 99 patients ont un traitement anti-cholinergique et 70 un traitement alpha bloquant. 88 patients ont au moins 48 mois d'évolution depuis le traumatisme et 114 plus de 60 mois (60 à 240 mois). 78 patients soit 39 % ont une éjaculation par vibromassage (31 antérograde, 53 antéro- et rétrograde, 17 rétrograde).

La prévalence de l'éjaculation déclenchée par vibromassage est meilleure pour les atteintes médullaires hautes (47 % cervicales, 35 % thoraciques et 25 % lombosacrées et 11 % flasques (S). Les résultats sont meilleurs pour les patients incomplets versus complets (52 % versus 35 %) et pour les patients qui réalisent des mictions par percussions versus autosondages (50 % versus 33 %) (S).

La durée d'évolution n'a pas d'influence sur les possibilités d'éjaculation (NS).

Discussion et conclusion.— Le vibromassage améliore les possibilités d'éjaculation du blessé médullaire. Nos résultats sont dépendants du niveau lésionnel, de la nature complète ou incomplète de la lésion, et indépendamment de la durée d'évolution depuis le traumatisme même si, dans la littérature, ces notions sont controversées, les traitements associés au mode mictionnel semblent jouer un rôle non négligeable dans les possibilités d'éjaculation.

References

- Brackett NL, Ferrell SM, Aballa TC, Amador MJ, Padron OF, Sonksen J, Lynne CM. An analysis of 653 trials of penile vibratory stimulation in men with spinal cord injury. J Urol 1998;159(6):1931–4.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.100

CO30-009-FR

Troubles génitosexuels chez 83 patients atteints d'une sclérodémie systémique

K. Sanchez-Barrueto^{a,*}, P. Denys^b, A. Berezne^c, F. Giuliano^b, H. Abid^d, S. Poiraudreau^d, L. Mouthon^c

^a Réadaptation de l'appareil locomoteur et des pathologies du rachis, service de rééducation, hôpital Cochin, AP-HP, 27, rue de Faubourg-Saint-Jacques, 75014 Paris, France

^b Service de médecine physique et de réadaptation « Netter », hôpital Raymond-Poincaré, Garches, France

^c Service de médecine interne, hôpital Cochin, Paris, France

^d Réadaptation de l'appareil locomoteur et des pathologies du rachis, service de rééducation, hôpital Cochin, Paris, France

*Auteur correspondant.

Mots clés : Sclérodémie systémique ; Troubles génitosexuels

Objectif.— L'objectif de cette première étude descriptive était d'évaluer la fréquence des troubles génitosexuels dans un groupe de patients ayant une sclérodémie systémique (ScS), ainsi que leur association à l'anxiété, la dépression, le handicap et la qualité de vie.

Matériel/patients et méthodes.— Quatre-vingt-trois patients (69 femmes) ont répondu à un questionnaire envoyé par la poste entre février et avril 2010, évaluant les troubles sexuels (Index de Fonction Sexuelle Féminin [FSFI] et Indice International pour la Fonction Érectile—IIEF), le handicap (McMaster-Toronto Arthritis Patient Preference Disability Questionnaire [MACTAR] et le Health Assessment Questionnaire—HAQ) et la qualité de vie (Short Form Health Survey—SF36).

Résultats.— Chez les 36 femmes avec une activité sexuelle, 22 (61,1 %) présentaient des troubles sexuels avec une moyenne du FSFI à $15,7 \pm 6,3$ [2–26,1]. Les valeurs de ses 6 domaines étaient les suivants : désir $2,4 \pm 1,3$ [1,2–5,4], excitation $3,2 \pm 1,5$ [0–5,7], lubrification $3,8 \pm 1,8$ [0–6], orgasme $3,6 \pm 1,7$ [0–6], satisfaction $3,8 \pm 1,7$ [0,8–6] et douleur $3,7 \pm 2,1$ [0–6]. Ces symptômes

étaient associés aux limitations dues à l'état physique (OR 0,828, 95 % [IC] [0,714–0,961]) chez les femmes ayant une ScS limitée et cutanée limitée. Huit parmi les 9 hommes avaient une dysfonction érectile, avec une moyenne de l'IIEF à $14,5 \pm 6,5$ [4–21].

Discussion et conclusion.— Une étude anglaise [1] décrit que le 70 % de femmes ScS avaient un FSFI inférieur à 26,55. Bhadauria et al. [2], évaluant 60 femmes ScS, trouvent une sécheresse vaginale, ulcérations, dyspareunie, diminution de l'intensité et du nombre d'orgasmes ; par ailleurs, une sclérodactylie, reflux gastro-œsophagien et faiblesse musculaire, des altérations de la langue, des ongles et des mamelons avec un retentissement sur le contact et l'excitation ; et des rétractions vaginales rendant difficile la pénétration.

Au total, chez les femmes ScS la fréquence des troubles génitosexuels était comparable avec celle d'une population anglaise. Chez les hommes, la faible population nécessite d'être élargie pour permettre des conclusions solides.

References

[1] Schouffoer AA et al. Impaired sexual function in women with systemic sclerosis: A cross-sectional study. *Arthritis Rheum* 2009;61:1601–08.

[2] Bhadauria S et al. Genital tract abnormalities and female sexual function impairment in systemic sclerosis. *Am J Obstet Gynecol* 1995;2:580–87.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.101

CO30-010–FR

Les irrigations transanales dans le traitement des troubles de transit et de la défécation chez les blessés médullaires

M. Fourtassi^{a,*}, K. Charvier^a, A. Hajjioui^b, L. Have^a, G. Rode^a

^a Hôpital Henry-Gabrielle, université Lyon 1, 20, route de Vourles, 69230 Saint-Genis, Laval, France

^b Université Lyon 1, Lyon, France

*Auteur correspondant.

Mots clés : Irrigations transanales ; Blessés médullaires ; Trouble de transit ; Défécation

Introduction.— Les troubles du transit et de la défécation sont très fréquents chez les blessés médullaires et peuvent avoir des répercussions majeures sur la vie sociale et la qualité de vie des patients. Ces troubles sont souvent sous-évalués et leur prise en charge est généralement empirique et peu codifiée. Les irrigations transanales (ITA) constituent un des moyens thérapeutiques les plus anciens mais qui sont de plus en plus utilisées en France depuis la commercialisation de sets permettant aux patients de les réaliser de façon autonome. L'objectif de cette étude était d'évaluer la tolérance et l'efficacité des auto-ITA dans la gestion des troubles de transit et de la défécation chez une population de blessés médullaires à moyen et à long terme.

Patients et méthodes.— 45 patients blessés médullaires consécutifs souffrants de troubles de transit et/ou de défécation, et pour qui des ITA avec le set Peristeen® ont été prescrites, ont été inclus de façon rétrospective. L'efficacité des irrigations était jugée sur le changement du score NBD (Neurogenic Bowel Dysfunction) avant et après 8 semaines d'utilisation régulière. Les éventuels effets indésirables et difficultés techniques rencontrés avec le matériel d'irrigation ont été relevés par un questionnaire semi-dirigé. Tous les patients ayant commencé la réalisation des ITA au moins 6 mois auparavant ont été contactés pour évaluer l'observance, l'efficacité et la tolérance à long terme.

Résultats.— Après 8 semaines d'utilisation régulière des ITA, la moyenne des scores NBD avait diminué de 4 points ($p = 0,0001$) avec une amélioration spécifique des scores des items relatifs à la fréquence des selles ($p = 0,036$), à la survenue de malaise, céphalées ou transpiration pendant la défécation ($p = 0,043$), à l'utilisation de médicaments en sachets contre la constipation ($p = 0,007$) et à la fréquence des épisodes d'incontinence fécale ($p = 0,001$). Les principaux effets indésirables étaient les saignements et les douleurs abdominales. À 6 mois, 80 % des patients évalués avaient continué l'utilisation régulière des ITA sans problème particulier.

Conclusion.— Les ITA constituent un moyen thérapeutique intéressant dans la gestion des troubles de transit et de défécation chez les blessés médullaires avec une bonne efficacité et tolérance à moyen et à long terme.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.102

CO35-001–FR

Latest advances in evaluation of autonomic dysfunctions following spinal cord injury

A. Krassioukov

University of British Columbia, ICORD, GF Strong rehabilitation centre, 818, 10th-West-Ave, ICORD/UBC, V5Z 9M1 Vancouver, Canada

Résumé français non communiqué.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.103

CO35-002–FR

Atrophies multisystémique et système nerveux autonome

J.-J. Labat

Centre fédératif de pelvipérinéologie, CHU de Nantes, clinique urologique, 1, place A-Ricordeau, 44093 Nantes, France

L'atrophie multisystématisée (AMS) ou « multiple system atrophie » (MSA) est une affection neurodégénérative sporadique de l'adulte, d'évolution progressive, de pronostic sévère. La MSA regroupe des maladies antérieurement décrites sous les termes de dégénérescence striatonigrique, d'atrophie olivopontocérébelleuse ou de maladie de Shy-Drager. Il s'agit en fait d'une entité unique et spécifique caractérisée par une dégénérescence olivopontocérébelleuse et de la voie nigrostriée, associée à d'abondantes inclusions oligodendrogiales intracytoplasmiques contenant de l' α -synucléine.

Les signes cliniques associent des troubles moteurs et une dysautonomie. Les troubles moteurs comportent à des degrés divers : syndrome extrapyramidal (MSA-P), syndrome cérébelleux (MSA-C) et syndrome pyramidal. Les troubles du SNA sont caractérisés par :

- des troubles urinaires : à type d'incontinence urinaire et/ou de dysurie rattachés à un syndrome d'hyperactivité du détrusor, avec ou sans dyssynergie, à un défaut de contraction vésicale, à une insuffisance sphinctérienne, à une polyurie nocturne. Les troubles urinaires sont souvent présents à la phase d'apparition des troubles moteurs et évoluent d'un type central vers un type périphérique ;
- des troubles de l'érection souvent précurseurs et préexistants aux troubles urinaires et moteurs ;
- une hypotension orthostatique ;
- dans les phases évoluées une dysphagie, une dysarthrie et des troubles respiratoires.

Le diagnostic différentiel avec la maladie de Parkinson idiopathique repose sur la présence d'une dysautonomie précoce et invalidante, l'existence de signes de dénervation péréneaux à l'EMG, une résistance à la L-Dopa, une évolutivité plus sévère (taux moyen de survie : 6 à 9 ans).

La prise en charge est donc avant tout symptomatique avec quelques particularités. L'auto-sondage ne pourra pas toujours être prolongé longtemps du fait de l'évolutivité du handicap moteur. Les médicaments alpha-stimulants utilisés pour l'hypotension orthostatique peuvent être bénéfiques en cas d'insuffisance sphinctérienne ou nocive en cas de dyssynergie vésicosphinctérienne. À l'inverse, les alpha-bloquants doivent être utilisés avec prudence du fait de l'hypotension orthostatique. La desmopressine est utilisable pour traiter la polyurie nocturne sous contrôle de la natrémie.

La chirurgie prostatique ou du prolapsus n'est envisageable qu'après une expertise détaillée de l'équilibre vésicosphinctérien étant donné le risque d'incontinence urinaire secondaire ou de rétention après traitement chirurgical d'une incontinence urinaire d'effort.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.104

CO35-003–FR

Étude non invasive de la sévérité de l'atteinte du système nerveux autonome chez le blessé médullaire

J.-G. Previnaire^{a,*}, J.-M. Soler^b, P. Denys^c

^a Fondation Hopale, Centre Calvé, 72, esplanade Parmentier, 62608 Berck-sur-Mer, France

^b Centre Bouffard-Vercelli, Cerbère, France

^c Hôpital Raymond-Poincaré, Garches, France